



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Institutionen för hälsovetenskap

**Betydelsen av debriefing för
vårdpersonal efter en traumatisk
händelse.**

Edlund Maria

Examensarbete, Omvårdnad C 15 hp

Maj 2011

Sundsvall

Abstrakt

Bakgrund: Vårdpersonal ställs dagligen inför traumatiska händelser. För att inte personalen skall fara illa behöver de copingstrategier. Debriefing är en strategi som syftar till att minska den påverkan av stress som traumatiska händelser kan ge. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa betydelsen av debriefing för vårdpersonal efter en traumatisk händelse. **Metod:** En litteraturgranskning utfördes där 13 vetenskapliga artiklar inkluderades. Av dessa var sju kvantitativa, fyra kvalitativa och två var både kvantitativa och kvalitativa. Artiklarna granskades och bearbetades och sammanställdes till ett resultat. **Resultat:** Debriefing syftade till att lösa både medicinska och känslomässiga omständigheter. Debriefing ansågs vara till hjälp i de flesta studierna. Det framkom i artiklarna både fördelar och nackdelar samt tidpunkt när debriefing bör ske. En del av resultaten som framkom i studien var motsägelsefulla. **Diskussion:** En del personal ansåg att debriefing var kontraproduktivt. Olika resultat framkommer när det gäller tidpunkten för när debriefing ska ske efter en traumatisk händelse. **Slutsats:** Det behövs betydligt mer forskning på området debriefing för vårdpersonal för att säkerställa vårdpersonals välmående. Debriefing i grupp passar några men inte alla. Alla har dock rätt till att må bra på sin arbetsplats.

Nyckelord: coping, debriefing, litteraturstudie, vårdpersonal.

**Betydelsen av debriefing för vårdpersonal
efter en traumatisk händelse.**

MARIA EDLUND

**Mittuniversitetet, Sundsvall
Institutionen för Hälsovetenskap
Omvårdnad C, vetenskapligt arbete 15 hp
Vårterminen 2011**

Innehållsförteckning.

BAKGRUND	1
Syfte.	3
<i>Frågeställningar.</i>	<i>3</i>
METOD	4
Inklusions- och exklusionskriterier.	4
<i>Databassökning Cinahl.</i>	<i>5</i>
<i>Databassökning PubMed.</i>	<i>6</i>
Fas 1. Fas 2. Fas 3.	7
<i>Analys.</i>	<i>8</i>
Etiska överväganden.	8
RESULTAT	8
Debriefing.	9
Debriefing som copingstrategi och stöd.	10
Time-out- återhämtning efter traumatisk händelse.	13
Upplevda för- och nackdelar med debriefing.	13
Tidpunkt och plats för debriefing.	14
Riktlinjer för utförande av debriefing och ledarskap.	15
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.	17
Resultat diskussion.	17
Slutsats.	21
REFERENSLISTA	22
Bilaga 1 Kvalitetsbedömning.	
Bilaga 2 Granskningsmall.	
Bilaga 3 Översikt inkluderade artiklar.	

BAKGRUND

Olyckor och sjukdomar drabbar oss alla i världen, var dag. Alla åldrar från nyfödda till gamla drabbas. Någon drabbas som individ, andra som anhöriga, vänner och kollegor. I några yrkesgrupper utgör dock katastrofer, extraordinära händelser och olyckor vardagliga inslag till exempel för ambulans-, polis-, räddningstjänst- och akutvårdspersonal. Därför är det ett brådskande behov av att kartlägga hur man på absolut bästa sätt får dessa människor att kunna och vilja stanna kvar på sin arbetsplats och fortsätta utöva sitt yrke, så att medborgarna kan känna sig trygga.

Många vårdare har liten eller ingen insikt i hur en patients lidande kan påverka deras egna liv och vårdgivare är känsliga för egna stressreaktioner. Genom att bli medveten om egna reaktioner och känna igen egna stressreaktioner kan vårdgivarna få möjlighet att minska effekten av sin stress. Ibland kan det behövas personlig rådgivning eller debriefing i grupp för att vårdpersonal skall kunna handskas med sina känslor och psykologiska samt spirituella reaktioner (Milstein, Gerstenberger & Barton, 2002).

Det första steget i att behandla svåra känslor som exempelvis sorg, ilska och smärta är att först erkänna att dessa känslor existerar. Trauma och sorg har inga gränser och inga tidsbegränsningar, det har därför ingen betydelse för när den stressfulla händelsen inträffade. Debriefing tillåter deltagarna att stressa av även efter det att lång tid har förflutit sedan händelsen (Lim, Childs & Gonsalves, 2000).

Debriefing är engelska och betyder ”eftersnack” eller ”eftergenomgång”. Debriefing är en form av bearbetning med syftet att minska stressreaktionerna efter ett trauma samt påskynda återhämtningsprocessen (Mitchell, Sakranda & Kameg, 2003). Debriefing kom till för en grupp individer som blivit exponerade för traumatiska händelser för att förbättra deras känslomässiga tillstånd, men även för att förebygga eller mildra påverkan av den traumatiska händelsen speciellt posttraumatisk stress disorder, (PTSD) (Wessely & Deahl, 2003).

Debriefingen vill även lindra stressen (Mitchell et al. 2003). Om debriefingen utförs på rätt sätt kan man upptäcka individer i gruppen som lider av akut stress och som är i behov av vidare professionell hjälp (Knobler, Nachshoni, Jaffe, Peretz, & Yehuda, 2007).

Debriefing är en nödvändig och hälsosam strategi för att hantera och reducera arbetsrelaterad stress (Currey & Leslie, 2010).

Enligt Rose, Bisson, Churchill och Wessely's reviewstudie (2002) framkom att en engångssammankomst för debriefing inte hade något värde i att förebygga PTSD. Det framkom vidare i deras studie att debriefing kan orsaka skada på den enskilde deltagaren efter debriefing.

Enligt Bonner, Lowe, Rawcliffe och Wellman (2002) ansåg personalen att debriefing var till hjälp oavsett om den var formellt organiserad eller mer informell.

Coping beskriver en persons förmåga att hantera stressfyllda och känslomässigt krävande situationer. Copingstrategier kan i huvudsak delas in i positiva, lämpliga strategier eller negativa, olämpliga copingstrategier för att klara av den stressfulla situationen (Knowles, Wilson, Connell & Kamm, 2010).

Läkare i Redinbaugh et al. (2003) rapporterade att de vanligaste copingstrategierna var att söka emotionellt stöd från andra, och att försöka se patientens död på ett mer positivt sätt samt att försöka arbeta och göra andra aktiviteter för att därmed fokusera på annat. Även copingstrategier som kamratstöd, rådgivning och stöd från arbetsledningen är viktiga delar.

Traumatiska händelser kan leda till att människor skapar starka känslomässiga reaktioner, allt från en normal stressreaktion till PTSD (Mitchell et al. 2003). PTSD kan resultera i en långvarig oförmåga, med en rad olika symtom (Oster &

Doyle, 2000).

All vårdpersonal löper risk att drabbas av stressrelaterade problem, såsom utbrändhet och nedsatt effektivitet men också fysiska sjukdomar. De löper även ökad risk för självmord, drog- och alkoholberoende samt personlighetsstörningar på grund av sitt yrke (Milstein et al. 2002). När läkare i studien av Redinbaugh et al. (2003) ombads svara på frågan om hur tillfredsställande det är att delta i vården kring patienter som avlider svarade 3 av 4 att det var en tillfredsställande eller mycket tillfredsställande erfarenhet. I samma studie upplevde hälften av läkarna att de inte blev så känslomässigt påverkad, medan hälften blev starkt eller mycket stark känslomässigt påverkad av patientens död.

Prognosen för de med PTSD lyder att 30 % återhämtar sig fort, 40 % har bestående men milda symtom, 20 % har bestående moderata symtom medan 10 % inte återhämtar sig eller försämras (Oster & Doyle, 2000).

Med traumatisk händelse i denna litteraturstudie avses oförväntade, tidsbegränsade händelser som involverar dödsfall, olycksfall eller händelse som orsakar ovanligt starka känslor hos vårdpersonal.

Att undersöka vilken inverkan debriefing har på personalen efter en traumatisk händelse är viktigt, likaså är det angeläget att debriefingen i så fall sker på bästa sätt för att ge vårdpersonalen en chans att bearbeta händelsen och kunna fortsätta att ge god vård.

Syfte.

Syftet med studien är att belysa betydelsen av debriefing för vårdpersonal vid en traumatisk händelse.

Frågeställningar.

Hur upplever vårdpersonalen behovet av debriefing i samband med traumatisk händelse? Vad anser personalen är till för- och nackdel med debriefing? När, var och hur anser personalen debriefing skall ske?

METOD

Det första steget för att erhålla relevanta artiklar för denna litteraturöversikt var att identifiera olika sökord utifrån syftet. Sökord som kändes relevanta utifrån syftet var critical incident stress debriefing, debriefing och health personnel.

Meshlexikon användes och gav orden crisis intervention och psychotherapy Brief. Även sökorden stress och stress disorder traumatic acute (mesh) användes. I tabell 1 och 2 presenteras hur de olika sökorden har kombinerats samt vilka begränsningar som gjorts. Artikelsök utfördes i databaserna Cinahl och Pubmed.

Inklusions- och exklusionskriterier.

Inklusionskriterierna: vårdpersonal, traumatisk händelse, debriefing, coping och originalartikel.

Exklusionskriterier: personal inom räddningstjänst som inte tillhör sjukvårdspersonal, patienters eller närståendes upplevelser, krigssituationer, review eller fallstudier.

Tabell 1.*Databassökning i Cinahl 4 Mars 2011.*

Sökord	Antal träffar	Uteslutits	Ingår i resultat av totalt granskade
Crisis Intervention AND Health personnel + Limits	45	* = 30 ** = 10	0 av 5
Crisis Intervention AND Stress Disorders, Traumatic, Acute + Limits	41	* = 29 ** = 6	0 av 6
Critical incident stress debriefing AND Health personnel + Limits	9	* = 3 ** = 4	2 av 2
Debriefing AND Health personnel + Limits	44	* = 19 ** = 14	3 av 11
Debriefing AND Stress + Limits	142	* = 78 ** = 29	7 av 35
Health personnel AND Psychotherapy, Brief + Limits	5	* = 1 ** = 3	0 av 1
Health personnel AND Stress Disorders, Traumatic, Acute + Limits	2	* = 2	

* = Uteslöts efter titel läsning. ** = Uteslöts efter abstrakt läsning.

Limits i denna databas var 1998 – 2011 samt engelska.

Tabell 2.*Databassökning i PubMed 4 Mars 2011.*

Sökord	Antal träffar	Uteslutits	Ingår i resultat av totalt granskade
Crisis Intervention AND Health personnel + Limits	27	* = 17 ** = 3	0 av 7
Crisis Intervention AND Stress Disorders, Traumatic, Acute + Limits	4	* = 0 ** = 3	0 av 1
Critical incident stress debriefing AND Health personnel + Limits	27	* = 12 ** = 9	0 av 6
Debriefing AND Health personnel + Limits	27	* = 13 ** = 10	0 av 4
Debriefing AND Stress + Limits	35	* = 24 ** = 4	0 av 7
Health personnel AND Psychotherapy, Brief + Limits	9	* = 8 ** = 1	
Health personnel AND Stress Disorders, Traumatic, Acute + Limits	21	* = 18 ** = 2	1 av 1

* = Uteslötts efter titel läsning. ** = Uteslötts efter abstrakt läsning.

Limits i denna databas var 1998 – 2011, engelska samt links to free full text.

Fas 1.

En första bedömning av de 438 referenserna genomfördes genom att artiklarnas titlar lästes. Av dessa valdes 184 ut för vidare granskning.

Av de 184 som valts ut för vidare granskning lästes abstrakt igenom vilket resulterade i att 98 artiklar exkluderades. Utav de 86 artiklar som därefter fortfarande var aktuella i studien lästes delar av artiklarna igenom för att erhålla en snabb inblick i deras innehåll. 68 artiklar exkluderades då de inte motsvarade studiens syfte och inklusionskriterier. Efter denna genomgång inkluderades 18 artiklar för vidare granskning.

Fas 2.

De vetenskapliga artiklarna lästes igenom flera gånger. Artiklarnas innehåll och resultat granskades (se bilaga 1, s1.). Vägledande genom hela arbetet var syfte, frågeställningar och inklusionskriterier. 14 artiklar inkluderades för vidare granskning.

Fas 3.

I den tredje och sista fasen genomfördes en kvalitetsgranskning (se bilaga 1, s2.) Resultaten vägdes samman och totalt exkluderades 1 artikel ur denna fas på grund av otillräckligt beskrivet urval.

Även klassificering har utförts enligt SBU nr 4 (1999) och artiklarna delades in i följande grupper.

* Randomiserad kontrollerad studie (C) det vill säga en prospektiv studie där man gjort en slumpvis fördelning av patienter till en kontrollgrupp och en eller flera

experimentgrupper.

* Prospektiv studie (P). Denna typ av studie innebär en jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper men utan slumpmässig fördelning.

* Retrospektiv studie (R). I dessa studier analyseras ett historiskt material, med hjälp av exempelvis journalhandlingar.

* Kvalitativ studie (K). I denna studie analyseras data i syfte att fördjupa förståelsen för studerade fenomen, till exempel personens upplevelser och erfarenheter.

Studiernas vetenskapliga kvalitet har värderats enligt en tregradig skala: hög vetenskaplig (I), medel (II), eller låg vetenskaplig (III) kvalitet (se bilaga 2).

Analys.

Det utfördes en sortering av artiklarna för att lättare kunna finna gemensamma resultat. Artiklarnas resultat lästes igenom flera gånger och ur texterna framträdde olika kategorier (Forsberg & Wengström, 2008). Kategorierna bildar i denna studie rubriker under vilka artiklarnas resultat har sammanställts. Det bildades sex rubriker.

Etiska överväganden.

Nyckeln för att kunna förändra något till det bättre, är att forska och finna resultat. Denna studie har som syfte att allt resultat ska presenteras då det är oetiskt att endast välja artiklar som stödjer forskarens egna åsikter (Forsberg & Wengström, 2008).

I några av de inkluderade artiklarna tog författarna hänsyn till anonymitet, i andra artiklar har författarna erhållit tillstånd från en etisk kommitté eller fört ett etiskt resonemang.

RESULTAT

Denna litteraturstudie är baserad på 13 granskade och analyserade vetenskapliga artiklar. De redovisas i en översikt (se bilaga 3). Av dessa bedömdes fyra vara kvalitativa och sju kvantitativa. Två av artiklarna hade delat upp sin studie i en kvantitativ del och en kvalitativ del. En artikel var från Afrika, fyra från Australien, en från Australien och Nya Zeland, två artiklar från England, två från Kanada, en från Nederländerna, en från Singapore och en från Sverige. Vid analysen av artiklarna framträdde sex kategorier och dessa bildar rubriker i denna litteraturstudie.

Debriefing.

I studien av O'Connor och Jeavons (2003) föredrog en del personal andra interventioner framför debriefing. En del personal i studien av Ross – Adjie, Leslie och Gillman (2007) ansåg att det var bättre med en mer informell handledning än debriefing. Som förslag gavs att exempelvis besöka en pub eller gå ut och ta en kaffe. Detta ansågs av dem vara mer terapeutiskt. 2,13 % av deltagarna ansåg att debriefing var överambitiöst eller kontraproduktivt och att debriefing inte var det rätta efter traumatiska händelser. En del vårdpersonal i samma studie (Ross-Adjie et al. 2007) ansåg dock att debriefing var nödvändigt och att det var viktigt med uppföljning och fortsatt debriefing.

Resultatet i studien av Matthews (1998) visar att de som kände högst stress var de som inte hade möjlighet att få debriefing, därefter kom de som erhöll debriefing. Lägst nivå av stress kände de som blev erbjuden att få debriefing men som avstod. Matthews spekulerar att detta skulle kunna bero på att de som avstod debriefing lärt sig copingstrategier vid tidigare debriefingsessioner och därför inte hade behov av debriefing. De som inte hade möjlighet att få debriefing visade betydligt fler PTSD symtom än de som fick debriefing och de som valde att avstå. Enligt Matthews (1998) resultat visar detta att debriefing eller möjligheten till debriefing sänker stressnivån. Studien visar också att den personal som arbetar med traumatiska händelser löper ökad risk att utveckla PTSD.

Om man i samband med debriefing skulle upptäcka att någon vårdgivare hade

psykiska eller känslomässiga problem som ej gick att lösa under debriefingen, hävdar 41 stycken i studien av Ireland, Gilchrist och Maconochie (2008) att problemet skulle ha diskuterats på individuell bas. Att personen skulle erhålla vidare hjälp via exempelvis rådgivare eller psykolog hävdar 92 stycken, medan 9 stycken säger att personen skulle ha fått ledigt ett tag för individuella behov.

Övervägande deltagande i studien av Baverstock och Finlay (2006) samt Matthews (1998) ansåg debriefing som värdefull hjälp. De deltagande i studien av Theophilos, Magyar och Babl (2009) ansåg debriefingen vara viktig.

Debriefing som copingstrategi och stöd.

Akutpersonal förlitar sig på olika copingstrategier för att försöka distansera sig själva ifrån känslomässiga spänningar (Jonsson & Segersten, 2004).

Ens personlighet, hur man är som människa, vilket självförtroende och självbild man har spelar signifikant roll för hur man reagerar. Detta är därför avgörande för valet av copingstrategi enligt deltagande i studien av Moola, Ehlers och Hattingh (2008).

Personalen i studien av Moola et al. (2008) visar att man var sårbar efter att ofta behöva klara av den traumatiska händelsen och copingen, utan att visa några känslor eller bearbeta spänningar eller press. I samma studie framkommer att kommunikation och goda mänskliga relationer är en viktig del i copingen för stressfulla situationer.

Det var möjligt att hantera effekterna av händelsen om man aktivt fick beskriva intryck och reaktioner med kollegor eller andra. Många beskriver att de i ett försök att släppa på stressen använder skämt och jargong. Det är dock inte alltid acceptabelt att använda denna copingstrategi. Är det barn inblandade eller om olyckan varit för makaber så är denna copingstrategi helt oacceptabel (Jonsson & Segersten, 2004).

I studien av Moola et al. (2008) framkommer av personalen att det finns dagar när

de inte lyckas med copingen, och det beror inte bara på dom själva, eller bristande självförtroende eller kunskap, utan på omständigheterna. Ett undvikande beteende var enda alternativet för de som inte lyckades med copingen och inte lyckades hålla modet och självkänslan uppe, vilket då resulterade i frånvaro från arbetet.

Resultatet i artikeln av Lam, Ross, Cass, Quine och Lazarus (1999) visar att risken för depression ökar med tiden man arbetat på avdelningen / sjukhuset. I denna studie klassificerades 39,8 % av sjuksköterskorna som deprimerade och förtvivlade.

I resultatet av Jonsson och Segersten (2004) framkommer det att det är en tidsödande process att bearbeta den traumatiska händelsen och under denna process är det nödvändigt att erhålla stöd och bekräftelse samt att få dela informationen med människor som man litar på. För att ge uttryck för den stressfulla händelsen är det av stor vikt att kommunicera med andra.

90 % i studien av Baverstock och Finlay (2006) ansåg att de blivit hjälpta utav att prata med andra om händelsen.

Akutpersonal som inte arbetat så länge, som ännu inte har utvecklat en stark relation till sina medarbetare vänder sig ofta till sin familj eller till sina vänner för att erhålla stöd. Detta kan bero på att de inte vill verka veka eller inkompetenta inför sina medarbetare (Halpern, Gurevich, Schwartz & Brazeau, 2008). Behovet att prata med någon infaller i regel snarast efter händelsen (Jonsson & Segersten, 2004). Även om det finns möjlighet att ringa till sin familj eller sina vänner så måste oftast denna typ av samtal vänta tills man har slutat att arbeta.

Anhöriga till en mer erfaren personal är i regel förskonade från dessa samtal (Halpern et al. 2008).

En deltagande i studie av Halpern et al. (2008) berättar att han pratar med sin kollega men att han inte ältar traumat. Hans upplevelse är att ju mer han pratar om traumat, desto mer återupplever han de känslor som han försökt trycka undan.

Det framkom i studien av Moola et al. (2008) att de flesta deltagande i studien kände att känslomässigt stöd inte gavs utan de fick förlita sig på "egna" copingstrategier. En deltagande beskriver att när hon hade problem fick hon inget stöd utan svaret blev att det är inte avdelningens problem, och inte heller orsakat av arbetsbelastningen, utan det är ditt problem. Det fanns inga system för att ge någon stöd eller lyssna.

Det beskrevs i studien av Ross-Adjie et al. (2007) att i vissa fall fick de som personal stödja den personal som egentligen skulle ha erhållit professionell hjälp. Detta hade då resulterat i att vissa kollegor inte kunnat komma tillbaka till arbetet med samma kapacitet som innan traumat. Detta då de upplevde fortsatta stress- och hälsorelaterade problem till följd av traumat.

De vanligaste copingstrategierna i Lateef's studie (2005) var att prata med sina kollegor (69,3 %), prata med sin respektive och familjen (39,2 %), och att engagera sig i olika sporter (21,1 %) samt använda sig av böner och andra former av spirituellt stöd (18,7 %).

I studien av Baverstock och Finlay (2006) upplevde 71 % av vårdpersonalen stöd initialt och 29 % av vårdpersonalen uppgav att de blivit erbjuden fortsatt stöd via arbetet. I samma studie uppgav 69 % av de deltagande att de vände sig till sin partner för att erhålla stöd efter den traumatiska händelsen.

I artikeln av Laposa et al. (2003) upplevde övervägande vårdpersonal att stödet från sjukhusledningen efter traumat var inadekvat.

Stöd från chef och ledning har visat sig vara av stor vikt (Halpern et al. 2008). Närmare 1/5 del övervägde att byta arbete efter den traumatiska händelsen i studien av Laposa et al. (2003) medan 88 % i studien ansåg att den mest traumatiska händelsen de deltagit i inte hade påverkat deras förmåga i arbetet eller deras relation med kollegor. Även i artikeln av Ross – Adjie et al. (2007) framkommer det missnöje med ledningens stöd. Här påtalar man att det upplevs som att ledningen tar för givet att alla ska må bra efter en kritisk händelse, utan att försäkra sig om att det verkligen är så.

Det ansågs vidare i studien att ledningen behövde visa ett aktivt intresse för vad vårdpersonalen arbetade med dagligen (Ross – Adjie et al. 2007).

I studien av E van der Ploeg och Kleber (2003) framgår att brist på stöd från chefen var en signifikant utbrändhetsfaktor samt en signifikant faktor för uttröttnings. Vårdgivare ansåg att de erhållit stöd av chefen känslomässigt då de fått ett erkännande att händelsen var kritisk, då chefen värdesatte vårdgivarens arbete och visade att denne bryr sig om vårdaren genom att vara villig att lyssna och erbjuda hjälp.

Time-out – återhämtning efter traumatisk händelse.

Att få möjlighet till en kort period, en time-out, då man inte behöver arbeta (ofta bara ½ till 1 timme) är viktigt framkommer i studien av Halpern et al. (2008).

Denna period spenderas oftast med andra och sällan ensam. Konversationen syftar till att släppa ut känslor i en bekväm och förstående miljö. Man pratar om händelsen och andra saker för att bearbeta händelsen och återhämta sig. Det är fritt att diskutera händelsen så länge det känns komfortabelt. Akutvårdarna ser denna period som en möjlighet att slappna av och återhämta sig. Majoriteten i studien föredrog att prata med andra, framför tystnad och ensamhet (Halpern et al. 2008).

Över hälften i artikeln av Baverstock och Finlay (2006) ansåg att de efter en kritisk händelse inte fick någon tid för reflektion och ännu fler av dem önskade mer tid.

Upplevda för- och nackdelar med debriefing.

Fördelar med debriefing ansågs vara att man fick tid att reflektera över händelsen

och stödja varandra. Debriefingen gav en möjlighet att lära sig något inför framtiden men också möjlighet att sörja samt förståelse för andras upplevelser (Baverstock & Finlay, 2006).

Debriefingen innebar möjlighet att kommunicera, dela upplevelser med annan personal som deltog i den traumatiska händelsen, prata, lyssna till hur andra upplever och hanterar stressen och därigenom få en insikt om hur andra mår. Något som också ansågs positivt med debriefing var grupsammanhållning och stressutbildning, förståelsen för sig själv och sin egen situation. Förstå att man inte är ensam. Gruppen gav lösningar, stöd och ledning vilket sänkte individernas stressnivå samt gav kunskap om stressreaktioner. Att få lyssna och lära utan att själv behöva prata, ansågs av en del som positivt (O'Connor & Jeavons, 2003).

Nackdelar med debriefing ansågs bland annat vara att debriefingen utfördes vid en olämplig tidpunkt, exempelvis för lång tid efter händelsen eller för tätt inpå händelsen, eller att tiden togs från deras privatliv. Varaktigheten hade också betydelse. En del ansåg att tiden för debriefing var för kort för att vara till hjälp för att bearbeta den traumatiska händelsen (O'Connor & Jeavons, 2003).

Andra nackdelar som påtalades från vårdpersonalen i samma studie var att kvalitén på ledarskapet var dålig eftersom ledaren var oerfaren inom området. Ledaren försökte inte att få de deltagare som inte öppnade sig till att diskutera, vilket kunde ses som att detta motverkande känslan av sammanhållning. Några deltagare i studien ansåg att det kändes obekvämt att diskutera händelsen i grupp. Vårdpersonal uttryckte vidare att det fanns människor i gruppen som man inte trivdes med (O'Connor & Jeavons, 2003).

Gruppen ansågs av deltagande för stor (15-20), vilket kunde leda till att man kände sig alltför sårbar för att ta upp olika saker i gruppen. Det kunde även bli meningsskiljaktigheter på grund utav att det var för många starka personligheter

närvarande. En vårdpersonal uttryckte att debriefingen blev en ”pekfinger övning”. Med detta menade vårdpersonalen att debriefingen blev tillrättavisande och anklagande (Baverstock & Finlay, 2006).

Deltagande i studien av Ross – Adjie et al. (2007) rapporterade att på grund av att stress är accepterad som en del av deras arbete, så är debriefing endast tillgängligt efter extrema traumatiska händelser.

Tidpunkt och plats för debriefing.

I studien av Ross-Adjie et al. (2007) rapporterade 59 % att debriefing inte var rutinmässigt erbjudet efter en traumatisk händelse på deras arbetsplats. En del personal i studien ansåg att debriefing skulle ske automatiskt medan alla deltagande i studien av Lateef (2005) ansåg att ett automatiskt debriefingprogram skulle vara fördelaktigt. Med automatiskt menar man att man inte behöver be om debriefingen (Ross - Adjie et al. 2007). I Lateefs studie (2005) ansågs debriefing behövas framförallt efter stora traumatiska händelser men inte bara då, utan även efter mindre eller mer ”personliga” traumatiska händelser. Med personliga händelser avses i detta fall händelser där personen lätt kan identifiera sig med den drabbade. En del personal i studien av Ross-Adjie et al. (2007) ansåg att debriefing skulle ske efter alla händelser. 94 % hävdar att de skulle delta i debriefing om det gjordes tillgängligt för dem (Lateef, 2005).

Enligt de deltagandes erfarenheter av debriefing i studien av Ireland et al. (2008), ansåg 56 % att debriefing skulle ske direkt efter händelsen, medan 76 % ansåg att debriefing skulle ske inom en vecka efter den traumatiska händelsen. I studien av Theophilos et al. (2009) skall debriefingen ske inom 1 vecka efter den traumatiska händelsen. 50 % av deltagarna ville att debriefingen skulle äga rum inom 24 timmar.

Vårdpersonal i Ross-Adjie et al. (2007) ansåg att om inte debriefingen utfördes direkt eller efter skiftets slut blev det för svårt att sammankalla alla då alla arbetade skift.

I studien av Ireland et al. (2008) skedde debriefingen i de flesta fall på avdelningen där händelsen ägt rum.

Riktlinjer för utförande och ledarskap vid debriefing.

I resultatet av Baverstock och Finlay (2006) visade det sig att 91 % av vårdpersonalen i studien fortfarande tänkte på en speciell individ som avlidit. Mycket av detta handlade om olösta frågor där de undrade om de verkligen hade gjort allt för att förhindra att patienten avled.

Dessa frågor skulle då ha lösts vid en debriefing, då syftet med debriefingen är att lösa både medicinska och känslomässiga omständigheter (Theophilos et al. 2009; Ireland et al. 2008).

I 89 % av fallen löstes både medicinska och känslomässiga omständigheter i studien av Theophilos et al. (2009).

Överlag i samma studie, önskade man erhålla debriefing oftare än det gavs.

Riktlinjer för debriefing samt ett speciellt protokoll för debriefing på arbetsplatsen önskade 89 % (Theophilos et al. 2009). Vårdgivare i Baverstock och Finlay (2006) hävdade att debriefing skulle vara standardiserad.

En icke skuld och icke dömande atmosfär ansågs viktigt under debriefingen (Ireland et al. 2008).

Alla deltagarna i undersökningen av Baverstock och Finlay (2006) ansåg att debriefingen skulle ge en möjlighet att lösa oro, diskutera osäkerhetskänslor och känslor överhuvudtaget, samt att debriefingen skulle ge bekräftelse på att man har gjort allt man kunnat.

Övervägande andel vårdpersonal i undersökningsgruppen i studien av O'Connor och Jeavson (2003) och några deltagande i studien av Ross-Adjie et al. (2007) ansåg att debriefing skulle vara frivilligt. I studien av Ross – Adjie et al. (2007) ansåg en del av personalen att de behövde få en möjlighet att välja om de hellre ville delta i individuell debriefing istället för i gruppdebriefing om de kände sig

mer bekväma med detta. Detta för att få uttrycka sina känslor i privat ärende utan närvaro av arbetskollegor. Några ansåg dock att debriefing i grupp var positivt då man på ett säkert ställe kunde uttrycka sina känslor bland kollegorna. De menade att kollegorna förstod hur man kände (Ross – Adjie et al. 2007).

Deltagande i studien av Ross-Adjie et al. (2007) rapporterade att tanken var att den mest erfarna personalen eller skiftkoordinatören skulle leda debriefingen eftersom detta ansågs ingå i deras arbetsuppgifter. Vårdpersonalen ansåg då att debriefingen inte varit till så stor hjälp eftersom debriefingledaren inte själv valt att vara ledare eller inte heller alltid hade fallenhet för detta.

I Ireland et al. (2008) och Theophilos et al. (2009) var ledaren för debriefing i de flesta fall en läkare som deltagit i den kritiska händelsen. I mindre än 1/5 del av fallen var ledaren en speciellt tränad debriefingledare i Ireland et al. (2008) studie. Några deltagare rapporterade att en utomstående, vanligen en psykolog, var med och underlättade debriefingen i studien av Theophilos et al. (2009).

Behovet av en kvalificerad debriefingledare togs upp av deltagare i studien av Ross – Adjie et al. (2007). Flera av deltagarna ansåg att debriefingledaren skulle vara någon som inte var anställd av avdelningen för att säkerställa att förtroendet var bibehållet.

DISKUSSION

Metoddiskussion.

I denna litteraturstudie ingick 13 vetenskapliga artiklar. Sju kvantitativa och fyra kvalitativa, två artiklar var både kvalitativa och kvantitativa. Samtliga var skrivna på engelska.

Flera dubletter av artiklarna återfanns i databasen Cinahl och Pubmed. Flera av artiklarna återfanns även på olika kombinationer av sökord. Dessa orsaker resulterade i svårigheter med att hitta tillräckligt med relevanta vetenskapliga artiklar. För att utöka antalet relevanta artiklar till denna studie gjordes en ny sökning med hjälp av de nyckelord som presenterades i de utvalda artiklarna, sökord som stress och stress disorders, traumatic, acute användes och utökade därmed antalet relevanta artiklar. Detta kan ses som en svaghet i metoden. En

annan svaghet i studien kan vara att något sökord ej tagits med som är relevant för litteraturstudien.

En styrka med litteraturstudien anses vara att artiklarna var ifrån olika länder men att det ändå fanns liknande och gemensamma resultat.

Resultat diskussion.

Syftet med studien var att belysa betydelsen av debriefing för vårdpersonal efter en traumatisk händelse.

Stödet som den enskilde väljer kan variera. Vissa väljer att söka stöd hos arbetskamrater eller chef medan andra väljer familj och vänner. Oavsett vilket stöd som väljs är det viktigt att erhålla bekräftelse och att få dela informationen med människor som man litar på. I studien av Alexander & Klein (2001) framkommer att majoriteten av de deltagande i deras studie föredrog att behålla sina tankar och känslor för sig själv. Detta ansågs försämra deras förmåga att bearbeta den traumatiska händelsen.

Kommunikation och goda mänskliga relationer är en viktig del i copingen för stressfulla situationer (Moola et al. 2008). Om den valda copingstrategin inte fungerar kan detta leda till frånvaro från arbetet. Utifrån denna insikt är det av största vikt att berörd personal får lära sig flera copingstrategier för att själva avgöra vilken strategi som lämpar sig för personen i fråga.

Enligt Rose, Bisson, Churchill och Wessely's reviewstudie (2002) framkom att en sammankomst vid ett tillfälle för debriefing inte hade något värde i att förebygga PTSD. Det framkom till och med att debriefing kan orsaka skada på den enskilde deltagaren efter debriefing. I denna litteraturstudie framkommer dock ingen skada av debriefing, däremot ter det sig som om att det finns en del man kan förbättra

vid utförandet av debriefingen.

I Matthews (1998) studie framkom att de som erbjöds debriefing men som avstod kände lägst stress. Resultatet skulle man kunna tolka som att det kan vara värdefullt att ha debriefingen som frivillig (O'Connor & Jeavons, 2003) snarare än obligatorisk (Ross- Adjie et al. (2007).

Om man ser till fördelar och nackdelar med debriefing kan dessa vara av motsägelsefull karaktär. Man kan i en gruppdebriefing lära av andra och erhålla lösningar, stöd och copingstrategier samt få en bättre gruppssammanhållning. Men om man inte tycker om grupprocessen och inte trivs i gruppen skulle detta kunna ha en negativ påverkan på den enskilde. Det skulle kunna leda till ett utanförskap i ett senare skede. Om man ser till skillnaden mellan sjukvårdspersonal och frivilliga arbetare verkar det finnas en viss differens. I studien av Dyregrov, Kristoffersen och Gjestad (1996) framkommer skillnader både vad gäller personalens reaktioner som copingstrategier. Det fanns ett behov av att samtala med någon i båda grupperna och det fanns inga skillnader på hur mycket man pratade med kollegor, familj eller vänner. Däremot sågs skillnad på hur de kunde uttrycka sig. De frivilliga arbetarna som inte arbetade med traumatiska händelser dagligen visade sig ha svårare att uttrycka känslor samt svårare att prata om händelsen direkt efter den, medan detta alltså var lättare för den professionella arbetsgruppen.

Sammantaget visade övervägande artiklar att debriefing är positivt och till hjälp och stöd för personalen vid traumatiska händelser. I resultatet i studien av Wee, Mills och Koehler (1999) framkom att debriefing gjorde att symtom som depression och ångest inte blev så uttalade och deltagarna kunde lättare hantera och bearbeta den kritiska händelsen.

Det framkommer i studien av O'Connor och Jeavons (2003) att det hade betydelse för när själva debriefingen ägde rum efter händelsen. Det verkar vara svårt att avgöra när i tiden debriefingen bör äga rum för att på bästa sätt gynna den

inblandade personalen. Ligger debriefingen för nära inpå händelsen, är man kanske för känslsam vilket kan medföra svårigheter att ta in den information som ges. Ligger händelsen för långt ifrån den traumatiska händelsen har man kanske redan upplevt PTSD symtom som exempelvis intensiva minnen eller mardrömmar, och det är ju detta som ska undvikas med hjälp av debriefing. All vårdpersonal inom akutvården drabbas dock inte av PTSD symtom.

Alexander och Klein (2001) presenterar i sin studie av akutsjukvårdpersonal i Skottland att denna personalkategori har en tuffare personlighet än sjukvårdspersonal som inte utövar akutsjukvård. De använde i studien en skala för att mäta 160 deltagares personlighet. Resultatet i studien visade att en "tuff" personlighet resulterade i en lägre tendens i att utveckla psykopatologi, utbrändhet och posttraumatiska symtom.

Några hävdade att debriefingen skulle ske direkt, andra hävdar att den skall ske efter skiftets slut. Ytterligare personal säger att debriefing skall ske inom 24 timmar medan vissa hävdar inom en vecka. Alla är dock överens om att tidsperioden från den traumatiska händelsen till debriefingen inte får överstiga en vecka. Dock visar studien av Lim et al. (2000) att även sedan lång tid förflutit sedan den traumatiska händelsen så tillåter debriefing deltagarna att stressa av. Trauma och sorg har inga gränser och inga tidsbegränsningar hävdar de vidare i samma studie.

Det har på ett Kanadensiskt sjukhus i studien av Laposa et al. (2003) visat sig att arbetsrelaterad stress på akutmottagning har ett samband med utvecklandet av depression och utbrändhet hos akutpersonal. Även i studien av E van der Ploeg och Kleber (2003) framkommer att akutpersonal löper ökad risk att utveckla PTSD. För att förhindra hög sjukfrånvaro och utbrändhet är det av största vikt att akutvårdspersonal för det första erbjuds utbildningar och träning, i stress, symtom man ska var uppmärksam på hos sig själv och kollegor samt i att handha sorg. För

det andra att akutvårdspersonalen även erhåller adekvat stöd, kunskap om copingstrategier samt vid behov även debriefing.

Även ledarskapets betydelse är värt att diskutera. Det optimala är en trygg ledare och en trygg grupp visar Larsson, Tedfeldt och Andersson (1999). En otrygg ledare kan bero på personlighetsdrag, dåliga ledarskapsförmågor samt bristande kunskap och erfarenhet. En otrygg grupp kan bero på tidigare konflikter, skuld känslor samt bristande erfarenhet av debriefing. En otrygg grupp ställer högre krav på ledaren. Slutsatsen från egen sida skulle vara att det skulle vara till fördel med två ledare vid debriefingen. Detta delvis på grund av att om någon deltagare skulle behöva extra uppmärksamhet så finns den möjligheten när ledarna är två. Det är lättare för två ledare att hinna uppfatta hur alla mår under debriefingen för att ha möjlighet att fånga upp någon individ som kan vara i behov av vidare hjälp. Likaså kan ledaren behöva någon att diskutera med efter genomgången. Det vore dock fördelaktigt om en av ledarna har huvudansvaret.

Något som kan vara viktigt att komma ihåg är att om en personal har ett dåligt, oempatiskt beteende mot patienter och anhöriga kan detta grunda sig i olösta traumatiska upplevelser. Den traumatiska händelsen kan ”stanna kvar” i personen under en mycket lång tid, även långt efter det att den aktuella händelsen skett. Detta kan resultera i svårigheter att hantera egna och andras känslor, ångest och oro för att hamna i samma situation. För patienter och anhörigas del kan upplevelsen vara att deras behov av stöd och omvårdnad inte tillgodoses. Hur påverkad en person blir av en traumatisk händelse beror på personlighet, tidigare erfarenheter och möjligheten att klara av stress. Händelsens allvarlighetsgrad, vilket stöd och vilken hjälp man erhåller har också betydelse.

PTSD kan drabba den starkaste och friskaste av sjukvårdarna. När någon reagerar på ett trauma är det viktigt att veta att orsaken inte är en begynnande psykisk sjukdom och att symtomen inte heller är orsakade av vekhet.

Slutsats.

Det man ska sträva efter på en arbetsplats för vårdpersonal är en positiv miljö samt stödande sociala relationer, då detta visat sig minska påverkan av traumatiska händelser. Vilket också beskrivs i Johnstone (2007). Personalen behöver erhålla stöd och uppmuntran både från kollegor och ledning samt av nära och kära. Debriefingen bör enligt egen utsago planeras utifrån den enskilda organisationen / avdelningen. Personalen bör vara med i utformningen av riktlinjer för debriefingsessioner samt gärna utforma utbildningstillfällen för PTSD symtom där både vårdpersonal och deras anhöriga är välkomna. Utbildning för chefer bör också erbjudas inom detta område. Att minska antalet stressorer inom en akutenhet kan vara svårt men att i möjligaste mån erbjuda hjälp och utbildning borde kunna vara lättare. Det behövs betydligt mer forskning inom området debriefing och copingstrategier, framförallt då inom akutvården. Forskningen bör göras omgående då det finns personal inom akutvården som mår dåligt till följd av sitt arbete och därför överväger att sluta på grund av traumatiska händelser. Att vårdpersonal inom akutenheten behövs råder det inga tvivel om och därför är det ytterst angeläget att försöka ta hand om den personal som finns samt skapa goda förutsättningar för blivande personal inom akutenheten.

REFERENSLISTA

* = ref. artiklar i resultatdelen.

Alexander, D.A., Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents-impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British journal of Psychiatry*; 178: 76-81.

* Baverstock, AC., Finlay, FO. (2006). Specialist registrar's emotional responses to a patient's death. *Archives of Disease in Childhood*, Sep; 91 (9): 774-6

Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 9: 465-73

Currey, J., Leslie, GD. (2010). Social networking and professional debriefing - personal risk management. *Australian Critical Care*, Jun; 23: 103-4

Dyregrov, A., Kristoffersen, J.I., Gjestad, R. (1996). Voluntary and professional disaster- workers: Similarities and differences in reactions. *Journal of Traumatic stress*; 9: 541-555.

* E van der Ploeg, Kleber, RJ. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occup Environ Med*, Mar; 60: 40-6

Forsberg, C., Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. *Stockholm: Natur och Kultur*.

* Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B., Brazeau, P. (2008). Interventions for critical incident stress in emergency medical services: a qualitative study. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, Apr; 25 (2): 139-49

* Ireland, S., Gilchrist, J., Maconochie, I. (2008). Debriefing after failed paediatric resuscitation: a survey of current UK practise. *Emergency Medicine Journal*, Jun; 25 (6): 328-30

Johnstone, M. (2007). Disaster response and group self-care. *Psychiatric Care*, Feb: 43 (1).

* Jonsson, A., Segersten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: a study of posttraumatic stress among ambulance personnel. *Accident & Emergency Nursing*, Oct; 12 (4): 215-23

Knowles, SR., Wilson, JL., Connell, WR., Kamm, MA. (2010). Preliminary examination of the relations between disease activity, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity in crohn's disease guided by the common sense model of illness. *Inflamm Bowel Dis*, Dec; 17. Wiley online library.

Knobler, HY., Nachshoni, T., Jaffe, E., Peretz, MG., Yehuda, YB. (2007). Psychological Guidelines for a medical team debriefing after a stressful event. *Military Medicine*, Jun; 172 (6): 581-5

* Lam, LT., Ross, FI., Cass, DT., Quine, S., Lazarus, R. (1999). The impact of work related trauma on the psychological health of nursing staff: a cross sectional study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Mar-May; 16 (3): 14-20

*Laposa, JM., Alden, LE., Fullerton, LM. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of emergency nursing*, Feb; 29 (1): 23-8, 87-92

Larsson, G., Tedfeldt, E.L., Andersson, B. (1999). Conditions affecting experiences of the quality of psychological debriefing: Preliminary findings from a grounded theory study. *International Journal of emergency mental health*; 1: 91-97

* Lateef, F. (2005). Job-related evaluation of post-traumatic stress (JETS). *Singapore Nursing Journal*, Apr-Jun; 32 (2): 37-41

Lim, JJ., Childs, J., Gonsalves, K. (2000). Critical incident stress management. *AAOHN Journal*, Oct; 48 (10): 487-99

* Matthews LR. (1998). Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. *Psychiatric Services*, Feb; 49 (2): 207-12

Milstein, JM., Gerstenberger, AE., Barton, S. (2002). Healing the caregiver. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, Dec; 8 (6): 917-20

Mitchell, AM., Sakraida, TJ., Kameg, K. (2003). Critical incident stress debriefing: Implications for best practice. *Disaster Management & Response*, Apr-Jun; 1 (2): 46-51

* Moola, S., Ehlers, VJ., Hattingh, SP. (2008). Critical care nurse's perceptions of stress and stress-related situations in the workplace. *Curatonia*, Jun; 31 (2): 77-86

* O'Connor, J., Jeavons, S. (2003). Perceived effectiveness of critical incident stress debriefing by Australian nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Jun-Sep; 20 (4): 22-9

Oster, NS., Doyle, CJ. (2000). Critical incident stress and challenges for the emergency workplace. *Psychiatric emergencies*, May; 18 (2): 339-53

Redinbaugh, EM., Sullivan, AM., Block, SD., Gadmer, NM., Lakoma, M., Mitchell, AM., Seltzer, D., Wolford, J., Arnold, RM. (2003). Doctor's emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *Bmj*, Jul; 327: 185-9

Rose, SC., Bisson, J., Churchill, R., Wessely, S. (2002) Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of*

systematic reviews: Issue 2.

* Ross-Adjie, GM., Leslie, G., Gillman, L. (2007). Occupational stress in the ED: what matters to nurses? *Australasian Emergency Nursing Journal*; 10 (3): 117-23
SBU nr. 4. (1999). Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med schizofreni. *Stockholm: statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)*

* Theophilos, T., Magyar, J., Babl, FE. (2009). Debriefing critical incidents in the paediatric emergency department: current practise and perceived needs in Australia and New Zealand. *Emergency Medicine Australasia*, Dec; 21 (6): 479-83

Wee, D.F., Mills, D.M., Koehler, G. (1999). The effects of critical incident stress debriefing(CISD) on emergency medical service personnel following the Los Angeles civil disturbance. *International Journal of Emergency Mental health*; 1: 33-37.

Wessely, S., Deahl, M. (2003). Psychological debriefing is a waste of time. *The British Journal of Psychiatry*, 183: 12-4

Bilaga 1. Granskningsmall

Artikelgranskning

(Inspirerad av Hellzén, Johansson & Pejler för urval i SBU-rapport (1999).

Artikel nr:.....

Granskare:.....

Författare:.....
.....
.....

Titel:.....
.....
.....

Årtal:..... Tidskrift:.....

Land där studien utfördes:
.....

Typ av studie: Original Review Annan
Kvantitativ Kvalitativ

Område:

1.....
2.....
3.....
4.....

Kvalitetsbedömning: Hög (I) Medel (II) Låg (III)

Kommentar:.....
.....
.....
.....

Fortsatt bedömning: Ja Nej

Motivering:.....

KVALITÉTSBEDÖMNING

Frågeställning/hypotes:.....
.....
.....
.....

Typ av studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervention
 Annan

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
 Randomiserad Kontrollerad
 Intervention Annan

Studiens omfattning: Antal försökspersoner (N):..... Bortfall (N):.....

Tidpunkt för studiens genomförande?..... Studiens längd:.....

Beaktas: Könskillnader? Ja Nej
 Åldersaspekter? Ja Nej

Kvantitativa studier

Urval: Förfarandet beskrivet Ja Nej

Representativt Ja Nej

Kontext Ja Nej

Bortfall: Analysen beskriven Ja Nej

Storleken beskriven Ja Nej

Interventionen beskriven Ja Nej

Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?

Etiskt resonemang Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten - valida Ja Nej

- reliabla Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd:

.....

Omarbetad utifrån SBU-granskningsmall Hellzén, O., & Pejler, A. (1999)

Bilaga 2.

Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet av studier med kvantitativ metod.
Patienter avser i dessa fall personal.

	I: Hög	II: Medel	III: Låg
C	Prospektiv randomiserad studie. Större, väl planerad och genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inkl. behandlingsteknik. Antalet patienter tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.		Randomiserad studie med för få patienter och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
P	Prospektiv studie utan randomisering. Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter, adekvata statistiska metoder.		Litet antal patienter, tveksamma statistiska metoder.
R	Retrospektiv studie. Stort konsekutivt patientmaterial väl beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder (t.ex. multivariantanalys, fallkontrollmetodik, etc.).		Begränsat patientmaterial otillräckligt beskrivet, alltför kort uppföljning eller inadekvata statistiska metoder.

Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet av studier med kvalitativ metod.

	I= hög kvalitet	II= medelhög kvalitet	III= låg kvalitet
K	Bra och tydliga frågeställningar. Väsentligt och tydligt beskrivet urval. Tydlig metod med datainsamling och analys.		Dåligt definierad frågeställning. Dåligt beskrivet urval. Otillräckligt beskriven datainsamling och analysmetod. Dåligt beskrivna tolkningar och slutsatser.

Bilaga 3.

Översikt av inkluderade artiklar.

Författare Årtal Land	Studiens syfte	Metod / Instrument	Analys- metod	Deltagare (/bortfall)	Huvudresultat	Studie design- kvalité
Baverstock, Finlay. 2006 England	Att undersöka de känslomässiga reaktionerna efter ett barns död hos vårdare.	Kvalitativ men delvis Kvantitativ Prospektiv (P) Frågeformulär	Deskriptiv statistik	N=42 (N=14)	Både positiva och negativa aspekter med debriefing kom fram. 71 % upplevde att de hade stöd initialt men att det fortsatta stödet var begränsat. I 31 % av fallen skedde debriefing. 79 % ansåg att debriefing skulle ha varit till hjälp.	P II
E van der Ploeg, Kleber. 2003 Neder länderna.	Att undersöka rollen av akuta och kroniska stressorer och utvecklandet av symtom hos ambulans sjukvårdare.	Kvantitativ Retrospektiv (R) Frågeformulär.	Cronbach's alpha MANOVA	N=123 (N=33)	Bristen på stöd av kollegor och chef samt dålig kommunikation var de största riskfaktorerna för att drabbas av post-traumatisk stress och utbrändhet.	R I
Halpern, Gurevich, Schwartz, Brazeau. 2008 Kanada	Undersöka och beskriva Emergency medical Technicians upplevelser av critical incidents och åsikter om eventuella interventioner.	Kvalitativ (K) Intervjuer. Spelades in och skrevs därefter ned. Även icke-verbal kommunikation observerades och dokumenterades	Innehålls analys- metod.	N=60	Emergency medical Technicians önskade känslomässigt stöd på arbetsplatsen snarast efter en kritisk händelse. De ansåg också att en kort timeout och stöd i från ledningen var viktigt i förebyggandet av Critical incident stress.	K II

Ireland, Gilchrist, Maconochie. 2008 England	Undersöker nuvarande utövning av critical incident stress på UK sjukhus för att utveckla bästa praxis riktlinjer.	<i>Del 1</i> Kvalitativ (K) <i>Del 2</i> Kvantitativ Deskriptiv Strukturerat frågeformulär med kommentars möjligheter.	Deskriptiv statistik ”Frame-work approach”	N=144 (N=36)	62 % hävdar att debriefing skulle ägt rum i de flesta fall efter ett misslyckat räddningsförsök 85 % rapporterade att huvudmålet med debriefing var att lösa både medicinska, psykologiska och känslomässiga frågor. Debriefingledaren var oftast en doktor som deltagit i den traumatiska händelsen, och debriefingen skedde oftast på avdelningen där händelsen ägt rum.	DS II
Jonsson, Segersten. 2004 Sverige	Avslöja och fördjupa förståelsen för hur ambulans-personal upplever och handhar traumatiska händelser.	Kvalitativ (K) Intervju (öppna). Inspelade och nedskrivna ord för ord.	Fenomenologisk metod.	N=10	Deltagarna i studien talade om olika copingstrategier och framhöll hur viktigt det var att ha någon att prata med och använda som en container. Att erhålla stöd från andra och engagera sig i sporter var exempel på copingstrategier.	K I
Lam, Ross, Cass, Quine, Lazarus. 1999 Australien	Undersöka effekten av arbetsrelaterat trauma på sjuk-sköterskor kopplat till deras hälsa.	Randomiserad prospektiv (C) Frågeformulär.	Mantal-Haenszel Chi-Square test.	N=314 (N=48)	40 % av personalen upplevde dålig hälsa och nästan 10 % upplevde moderat till allvarlig depression efter traumatiska händelser. Visar också att risken för depression ökar med tiden man arbetat på sjukhuset.	C I
Laposa, Alden, Fullerton. 2003 Kanada	Studien undersöker om det finns någon koppling mellan arbetsstress och PTSD symtom.	Kvantitativ prospektiv (P) Frågeformulär.	Cronbach´s alphas En sekundär analys av data som författarna var för sig erhållit i tidigare undersökni	N=51 (N=25)	67 % ansåg att de erhållit otillräckligt stöd och 20 % funderade på att byta arbete som ett resultat av traumat. 18 % hade deltagit i debriefing.	P I

			ngar.			
Lateef. 2005 Republiken Singapore	Att undersöka sjukvårdarens upplevelser av PTSD, effekten av PTSD samt hur undersökningsgruppen klarar det?	Kvalitativ (K) Frågeformulär.	SPSS Kvalitativ analysmetod.	N=166	Vanligaste copingstrategierna som angavs var att prata med sina kollegor, prata med vänner och familj och engagera sig i olika sporter.	K II
Matthews. 1998 Australien	Undersöker om critical incident stress debriefing kan ha effekt på post traumatisk stress hos psykiatriska vårdare efter en traumatisk händelse.	Kvantitativ prospektiv (P) Frågeformulär Indelade i tre grupper: De som fick debriefing. De som inte kunde få debriefing. De som kunde få debriefing men som valde att avstå. Kortare version av Impact of Event Scale med i det egenhändigt utformade formuläret.	Cronbach´s alphas Mann-Whitney U-test chi-square test Wilcoxon signed rank test för inomgrupp jämförelser	N=63 (N=31) Deltog debriefing =14 Avstod debriefing = 18 Ingen möjlighet till debriefing = 31	Visar att de som hade lägst nivå av stress efter traumatisk händelse, var de som hade möjlighet till debriefing men som valde att avstå. Därefter kom de som närvarade vid debriefing. Veckan efter visades ingen signifikant skillnad mellan de som erhöll debriefing och de som inte gjorde det. Majoriteten av de som närvarade vid critical incident stress debriefingen utvärderade den som positiv.	P I
Moola, Ehlers, Hattingh. 2008 Afrika	Identifiera intensivvårdssjuksköterskors stressfulla arbete, erfarenheter och deras coping färdigheter.	Kvalitativ (K) Grupp och individuella intervjuer som spelades in med video kamera och skrevs ned ordagrant.	Innehålls analysmetod	N=10	Deltagarna ansåg att ens personlighetstyp spelade roll för coping och reaktioner i samband med stressfulla händelser. Deltagarna ansåg att debriefing och stöd var viktigt efter traumatiska händelser.	K II
O'Connor, Jeavons. 2003	Fastställa sjuk-sköterskors uppfattning av effekten av stress debriefing samt	Kvantitativ prospektiv (P)	SPSS MANOVA	N=129 (N=89)	Generellt upplevdes debriefing som hjälpsamt, men även bristen på hjälpsamt tog upp. Detta var då	P II

Australien	fastställa om effekten var annorlunda beroende på kön ålder, arbetsår med mera.	Frågeformulär.			bland annat kopplat till att det kändes obekvämt att diskutera händelsen i grupp. Deltagarna beskriver även när och hur de ansåg att debriefingen skulle skett.	
Ross-Adjie, Leslie, Gillman. 2007 Australien	Artikeln syfte var att upptäcka vilka stress relaterade incidenter som undersökningsgruppen upplevde mest signifikant samt att diskutera nuvarande debriefing riktlinjer.	Randomiserad prospektiv (C) Frågeformulär.	SPSS version 11,0 Kruskal-Wallis test Mann-Whitney U-test	N=156 (N=144)	60 % rapporterade att arbetsplats debriefing inte erbjöds rutinmässigt. Det framkom även vad som skulle hänt efter debriefingen om de upptäckt att någon mådde dåligt.	C II
Theophilos, Magyar, Babl. 2009 Australien och Nya Zeland	Utreda nuvarande utövning av critical incident stress samt uppfattningen av behovet hos ED personal i ett första steg i att utveckla riktlinjer och program för debriefing.	Kvantitativ prospektiv (P) Frågeformulär. Eget utformat formulär som testats innan användning	STATA Jämförande analys	N=26 (N=0)	70 % ägde inte något sjukhusprotokoll om debriefing. 90 % hade inte några riktlinjer om debriefing men 90 % ville ha det. Debriefing var väldigt viktigt enligt både doktorer och sjuksköterskor och majoriteten av dem önskade debriefing oftare i framtiden.	P II